



KASA ROLNICZEGO UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
Oddział Regionalny/ Placówka Terenowa KRUS w

WNIOSK
o skierowanie dziecka urodzonego w latach 1997 - 2005
na turnus rehabilitacyjny z powodu:

- wad / chorób postawy i narządów układu ruchu
- chorób układu oddechowego

Dane rodzica/opiekuna prawnego uprawnionego do świadczeń Kasy

..... nazwisko i imię PESEL telefon

I. Dane osobowe dziecka

..... nazwisko i imię data urodzenia PESEL

..... adres miejsca zamieszkania

Czy na dziecko pobierany jest zasiłek pielęgnacyjny ?

Tak / **Nie**

II. Badania lekarskie

1. Wywiad (zgłaszane dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy dziecko pozostaje w leczeniu (stałej opiece) lekarza specjalisty ? **Tak** / **Nie**

Jeśli tak, należy podać jakiego: ortopedy, kardiologa, pulmonologa, neurologa, psychiatry*, innego

(W przypadku stałej opieki lekarza specjalisty, do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o braku przeciwwskazań do podjęcia rehabilitacji leczniczej).

Jeżeli dziecko ma zlecone stałe przyjmowanie leków należy podać ich nazwy, dawkowanie i sposób ich podawania.

.....
.....

2. Badanie przedmiotowe

Stan ogólny wzrost waga.....

skóra.....

węzły chłonne obwodowe.....

.....

gardło – migdałki podniebienne uzębienie

• Układ oddechowy:

klatka piersiowa..... szmer oddechowy

ocena wydolności

• Układ sercowo-naczyniowy

czynność serca /min.

ocena wydolności

• Jama brzusznaprzepuklina

• Układ moczowo-płciowy:

.....

• Układ nerwowy i narządy zmysłów:

wzrok słuch

choroby / wady: wzroku, zaburzenia głosu, mowy, słuchu* inne

stosowane aparaty i środki korekcyjne: szkła, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy* inne

.....

Zaburzenia ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.....

.....

ogólna ocena stanu psychicznego:

.....

• Narządy układu ruchu: postawa - budowa / wady i zaburzenia.....

.....

.....

ogólna ocena sprawności ruchowej:

3. Wyniki badań pomocniczych oraz ewentualnych konsultacji specjalistycznych niezbędnych do prawidłowego ustalenia programu rehabilitacji leczniczej.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

III. Rozpoznanie:

A. choroba / wada – podstawowy problem zdrowotny dziecka uzasadniający skierowanie na rehabilitację leczniczą.....
.....
.....

kod statystyczny choroby A			
----------------------------	--	--	--

wg. *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych*.
Rewizja dziesiąta ICD-10.

B. choroby / wady współistniejące
.....
.....

Potwierdzenie zdolności dziecka do
samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych
oraz wykluczenie bezwzględnych przeciwwskazań przedstawionych poniżej

TAK	NIE

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
podpis i pieczętka imienna lekarza

miejsowość i data

Bezwzględne przeciwwskazania do kwalifikowania dzieci na turnusy rehabilitacyjne

- 1) upośledzenie sprawności ogólnej powodujące konieczność stałej opieki i pomocy osoby drugiej w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych tj. ubieraniu się, jedzeniu, myciu i załatwianiu potrzeb fizjologicznych,
- 2) stan wymagający poruszania się przy pomocy wózka inwalidzkiego,
- 3) kalectwo wymagające specjalnej, indywidualnej opieki np. niedowidzenie znacznego stopnia, upośledzenie słuchu w stopniu uniemożliwiającym porozumiewanie się mimo posiadanego aparatu słuchowego,
- 4) choroba nowotworowa,
- 5) niewydolność układów: krążenia, oddechowego i moczowego,
- 6) cukrzyca i inne niewyrównane zaburzenia hormonalne i metaboliczne,
- 7) ostre i przewlekłe choroby zakaźne,
- 8) upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychiczne i zachowania (agresja),
- 9) moczenie nocne,
- 10) padaczka,
- 11) ropne i pasożytnicze choroby skóry,
- 12) stany chorobowe, wymagające kontynuacji leczenia z koniecznością kontroli wskaźników morfologicznych lub/i biochemicznych krwi.

IV. Ocena i kwalifikacja wniosku przez lekarza regionalnego inspektora w OR/PT KRUS

Kwalifikuję – Tak / Nie

na turnus rehabilitacyjny w w terminie

.....
data

.....
podpis i pieczętka
lekarza regionalnego inspektora OR/PT KRUS

V. Informacja wychowawcy klasy o dziecku

.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis wychowawcy klasy)

pieczętka szkoły

VI. Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

1. Wyrażam zgodę na leczenie rehabilitacyjne mojego dziecka w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego w miejscu i terminie j/w.
2. W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka zgadzam się na jego leczenie, ewentualną hospitalizację, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.
3. Jednocześnie stwierdzam, że podałem (am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.
4. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że zarówno KRUS - organizator turnusu, zakład rehabilitacyjny jak i członkowie kadry pedagogicznej nie ponoszą odpowiedzialności za cenne przedmioty (aparaty fotograficzne, odtwarzacze muzyki, telefony komórkowe, itp.) posiadane przez moje dziecko.

.....
(data, podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

* właściwie podkreślić